

DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE:

Unità Operativa: RADIOLOGIA RECANATI Nominativo Referente: Dottor CARLO SANTORRANO

Motivazione APPARECCHIATURA FUORI USO

Data 14/3/2023

Firma:

Dott. P.S.
DIRIGENTE
U.O. RADIOLOGIA
RECANATI

DATI ATTREZZATURA (TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE e ATTREZZATURA VARIA):

Classe Tecnologica:

TAC

Modello:

HIGH SPEED

Inventario: MATRICOLO

A5371106

INVENTARIO

Matricola:

3000123

Costruttore:

GE-

Ubicazione:

RADIOLOGIA OSPEDALE
RECANATI

DATI IDENTIFICATIVI INGEGNERIA CLINICA / U.O. UFFICIO TECNICO:

Nominativo Referente: MARIA COSTANTINO

Si esprime parere: POSITIVO

NEGATIVO

Note:

Data 14/3/2023

Firma:

Ignazio Costantino

DATI IDENTIFICATIVI U.O. FISICA MEDICA:

(da compilarsi per apparecchiature di Diagnostica per Immagini, Interventistica e Terapia a radiazioni ionizzanti e non)

Nominativo Referente: SARA FATTORI

Si esprime parere: POSITIVO

NEGATIVO

Note:

Data 15/03/2023

Firma:

Sara Fattori
Sara FATTORI
Resp. U.O. Fisica Medica
Esperto di Radioprotezione 3° n.379



U.O.C. SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA ASUR
Servizio Ingegneria Clinica Area Vasta 3
Sede operativa: Piazza Garibaldi, 8 – 62013 Civitanova Marche (MC)

RELAZIONE TECNICA

OGGETTO: Vostra richiesta di manutenzione del 07/09/2020 per CT GE High Speed NX/I n. sistema A5371106, inventario Ingegneria Clinica ASUR n. 3000123, installata il 16/09/2002 ed in uso presso l'U.O. Radiologia del P.O. di Recanati, ns pratica 19279/1.

In riferimento alla pratica in oggetto si comunica quanto segue:

A seguito della vostra richiesta d'intervento su CT GE High Speed NX/I n. sistema A5371106, la ditta costruttrice e affidataria del contratto di manutenzione ha tentato più volte il completo ripristino del sistema come indicato nei rapporti tecnici n. 699622C305 del 07/09/2020, n. 699622C311 del 16/09/2020 e n. 307622S815 del 16/09/2020, allegati alla presente. Tuttavia, poiché il guasto riguarda una delle schede dell'Host PC, non più disponibile, la ditta non è stata in grado di dare seguito ad un intervento manutentivo risolutivo atto a ripristinare il corretto funzionamento dell'apparecchiatura.

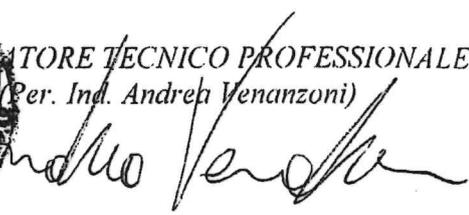
Infatti, a causa dell'obsolescenza il sistema è da tempo in End Of Life di conseguenza le parti di ricambio per la manutenzione e la risoluzione dei guasti non sono più disponibili; come già segnalato precedentemente dalla GE Medical Systems Italia Spa e confermato con la relazione di non riparabilità del 21/09/2020.

Il servizio scrivente propone il *fuori uso* dell'apparecchiatura non più riparabile ed utilizzabile e ritiene chiusa la pratica in oggetto.

Si allega alla presente la dichiarazione di non riparabilità della ditta GE Medical Systems Italia Spa del 21/09/2020 completa di rapporti tecnici.

Restando a disposizione per indicazioni e ulteriori chiarimenti nel merito, si porgono distinti saluti.

Civitanova Marche, 22/09/2020

 **COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE**
(Per. Ind. Andrea Venanzoni)




Rapporto tecnico

Rapporto tecnico			
Job N	Tipo di RFS	Rapporto Tecnico N	Data :
52432622	C	307622S815	(DD/MM/YY) 16/09/20

Cliente :	S.LUCIA OSP.		
Codice Sistema	: A5371106	Nome Sistema :	: CT HISPEED NX/I
Cliente	:	Ordine N.	:
Ore Norm. Lavoro	:	Ore Norm. Lavoro	:
Tecnico	: Paolo Locci	Lavoro completo	: No
Contatore RX	:	Reso alle ore	: 17:30
		(HH:MM)	
FMI N.	:	Modello N.	:
Serie N.	:	Codice Complet.	:
Descrizione problema	: PROBLEMI ALL'ACCENSIONE: IL MONITOR DELLA CONSOLE RESTA NERO.		
Azione effettuata	: Eseguita ricerca guasto. Eseguita pulizia completa console. Eseguito reseat delle schede che compongono O2 host pc. Il problema persiste. Sistema non più riparabile per mancanza parti di ricambio. Sistema non funzionante.		
Verifica / Test eseguiti	:		
Risultato del test	: Problema non risolto. Comunicato al cliente il risultato della diagnosi		

Ore Lavoro			
Sottosistema	Funzione Tecnica	Dalle (HH:MM)	Alle (HH:MM)
CTRL CONSOLE. CT LX,	Other (Explain In Comments)	14:00	17:30

Ore Totale			
Ore Norm. Lavoro	Ore Straord. Lavoro	Ore Norm. Viaggio	Ore Straord. Viaggio
03:00	00:30	00:00	00:45

Stampa e firma del cliente
 Gestione Assistenza e interventi di
 Tel. 0753.054732 - Fax 0753.824232
 Collaboratore tecnico professionista
 per mail: andrea@ge.com

Firma del Tecnico

16/09/2020 17:13:00

Paolo Locci

Firma del Tecnico

Firma del Cliente

16/09/2020 17:16:37

TSRM Francesco Astuti

Firma del Cliente



Rapporto tecnico

GE Healthcare

Page : 1

Rapporto tecnico			
Job N	Tipo di RFS	Rapporto Tecnico N	Data :
52432622	C	699622C305	(DD/MM/YY) 07/09/20

Cliente :	S.LUCIA OSP.		
Codice Sistema	: A5371106	Nome Sistema :	CT HISPEED NX/I
Cliente (optional)	:	Ordine N. (optional)	:
Tecnico	: Marco MANCINELLI	Lavoro completo	: No
Contatore RX	:	Reso alle ore	: (HH:MM)
FMI N.	:	Modello N.	:
Serie N.	:	Codice Complet.	:
Descrizione problema	: PROBLEMI ALL'ACCENSIONE I MONITOR RESTANO NERI		
Azione effettuata	: Il boot di accensione del sistema è lungo. Ricerca guasti. Ordinati ricambi.		
Verifica / Test eseguiti	:		
Risultato del test	: Riparazione non completata necessario ulteriore intervento		

Ore Lavoro			
Sottosistema	Funzione Tecnica	Dalle (HH:MM)	Alle (HH:MM)
CTRL CONSOLE, CT LX.	TI Troubleshoot - Investigate	09:00	13:00
CTRL CONSOLE, CT LX.	TI Troubleshoot - Investigate	14:00	16:00

Ore Totale			
Ore Straord. Lavoro	Ore Norm. Lavoro	Ore Norm. Viaggio	Ore Straord. Viaggio
00:00	06:00	02:00	00:00

[Stampa e firma illeggibili]

[Firma del Tecnico]
 Firma del Tecnico

[Firma del Cliente]
 Firma del Cliente



A.S.U.R. MARCHE AREA VASTA N.3

Procedura Fuori Uso di Apparecchiature Elettromedicali

DATI FORNITURA APPARECCHIATURA:

Classe Tecnologica: ACCELERATORE LINEARE PER RADIOTERAPIA

Modello: CLINAC 600 C/D

Inventario: Ospedaliero 3006969

Matricola: H 180641

Costruttore: VARIAN

Ubicazione: Ospedale Macerata

DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE:

Unità Operativa: UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA Nominativo Referente: Massimo Giannini

Motivazione: guasto alla guida acceleratrice per infiltrazione di acqua fra il Target (estremità della guida) e la massa del gantry, ed interruzione della operatività del Clinac in data 26/05/2021 (ultimo giorno di attività).

Dal 26/05 il Clinac 600 non ha più eseguito alcuna funzione.

Data 11/11/2021

Firma : _____

Dott. GIANNINI MASSIMO
C.F. GNN MSM 58A26 D704W

U.O. RADIOTERAPIA

DATI IDENTIFICATIVI INGEGNERIA CLINICA ASUR/ U.O. UFFICIO TECNICO:

Nominativo Referente: _____

Si esprime parere: POSITIVO NEGATIVO

Note: _____

Data _____

Firma : _____

DATI IDENTIFICATIVI U.O. FISICA MEDICA:

(da compilarsi per apparecchiature di Diagnostica per Immagini, Interventistica e Terapia a radiazioni Ionizzanti e non)

Nominativo Referente: MANUELA CAMARDA

Si esprime parere: POSITIVO NEGATIVO

Note: _____

Data 11/11/2021

Firma : _____

A.S.U.R. MARCHE AREA VASTA N.3 Macerata
Servizio di Fisica Medica

Dott.ssa MANUELA CAMARDA

DATI IDENTIFICATIVI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO:

Nominativo: _____

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

Note per lo smaltimento: _____

Data _____

Firma : _____

A.S.U.R. MARCHE
Area Vasta n. 3 Macerata
DIRETTORE MEDICO
Dott. Carlo Di Falco



A.S.U.R. MARCHE AREA VASTA N.3

Procedura Fuori Uso di Apparecchiature Elettromedicali

ULTERIORI DICHIARAZIONI UO RICHIEDENTE

Con la presente il sottoscritto Nome: MASSIMO Cognome : GIANNINI

Ruolo: Direttore UOC Radioterapia Oncologica – Presidio Ospedaliero Macerata - AV3 Macerata – ASUR Marche

Dichiara:

- 1) che l'apparecchiatura in oggetto è stata sanificata / pulita e non contiene agenti infetti e infettivi
- 2) che l'apparecchiatura non contiene al momento dati sensibili
- 3) che l'apparecchiatura non contiene parti attivate o contaminazione radioattiva

Tutto ciò premesso si può procedere alle operazioni di disinstallazione.

Note:

ASUR Area Vasta n. 3

U.O. Radioterapia Oncologica - Presidio Ospedaliero Macerata - AV3 Macerata - ASUR Marche

Dirigente Dr. MASSIMO GIANNINI

CIN. N. 58223 D704W

0733.2572888

Data 11/11/2021

Firma :

PARTE RISERVATA ALLA UO ACQUISTI E LOGISTICA

Incaricato del procedimento _____

L'apparecchiatura in oggetto è stata smaltita in data _____

Firma : _____

Issuing body:

P. MACERATA
ASUR AV 3

**CERTIFICATO DI
LIBERO RILASCIO**
FREE RELEASE
CERTIFICATE

N° certificato
(se applicabile)
Certificate n°
(if applicable)

CARATTERISTICHE DELL'APPARECCHIATURA
CHARACTERISTICS OF THE EQUIPMENT

Tipo di apparecchiatura
dismessa
Type of dismantled
equipment

LINAC 600 UARAN

Numero di colli
Number of packages

10

Data delle misurazioni
Date of measurement

27/11/2021

Strumentazione utilizzata
Measurement instruments

FIELD SPEC

Data taratura
Calibration date

DICHIARAZIONE DI LIBERO RILASCIO / FREE RELEASE DECLARATION

Dai risultati delle misure radiometriche effettuate, nonché sulla base dei dati scientifici riconosciuti e di quelli storici relativi all'impiego dell'apparecchiatura in esame, si certifica che i materiali sopradescritti descritti non rientrano nel campo di applicazione del D.Lgs.101/20.

I suddetti materiali sono pertanto di libero rilascio senza vincoli di natura radiologica.

From the results of the measurement, the scientific and historic data related to the above mentioned equipment, we hereby certify that the requirements of the European Directive 2013/59/Euratom doesn't apply to the above described materials.

For the radiological purposes, the above described materials are for free release.

ELENCO ALLEGATI TECNICI (SE PRESENTI) / LIST OF TECHNICAL ATTACHMENT (IF PRESENT)

LUOGO E DATA
PLACE AND DATE

MACERATA
27/11/2021

Timbro e firma dell'EdR
e/o della Fisica Sanitaria
Stamp and signature of the
Radiation Protection Officer
and/or of the Health Physics
Dept.

A.S.U.R. - Marche A.V. n.3
Dot.ssa Sara FATTORI
Resp. U.O. Fisica Medica
Esperto di Radioprotezione 3° n.379



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata

MODULO FUORI USO BENI ELETTROMEDICALI

DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE:

CDC:

Unità Operativa: Radiodiagnostica

Nominativo Referente: Dott. Costarelli Leonardo

Motivazione Sistema Radiologico dichiarato "End of life"



AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA

Presidio Ospedaliero Macerata

U.O.C. Radiodiagnostica

Direttore: Dr. Leonardo COSTARELLI

CF: SA LR067117 D2115

Data 26-01-2024

Firma:

DATI APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE:

Classe Tecnologica: Sistema Radiografico tavolo/pensile

Modello: Multix

Inventario: XDL2102062

Matricola:

Costruttore: Siemens

Ubicazione: Ambulatorio Radiologico di Pronto Soccorso

DATI IDENTIFICATIVI INGEGNERIA CLINICA / U.O. UFFICIO TECNICO:

Nominativo Referente: MARIA COSTANTINO

Si esprime parere: POSITIVO NEGATIVO

Note: l'apparecchiatura è stata dichiarata End of Support a far data del 12/2022
A seguito di questo del Tubo radiogeno, il produttore ha comunicato di non poter
restituire funzionalmente a cause di indisponibilità di parte ricambio.

Data 26/1/24

Firma:

DATI IDENTIFICATIVI U.O. FISICA MEDICA:

(da compilarsi per apparecchiature di Diagnostica per Immagini, Interventistica e Terapia a radiazioni Ionizzanti e non)

Nominativo Referente: Dott. Sara Fattori

Si esprime parere: POSITIVO NEGATIVO

Note: L'apparecchiatura non è più riparabile

Data 26.01.2024

Firma:



AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA

Dott.ssa Sara Fattori

Resp. U.O. Fisica Medica

Esperto di Radioprotezione 3° n. 379

DATI IDENTIFICATIVI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO:



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata

MODULO FUORI USO BENI ELETTROMEDICALI

Nominativo: GIORGIA SCALONI

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

Note per lo

smaltimento: _____

Data 9/2/24

Firma: _____

Stampa e firma di:
AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
DIREZIONE MEDICA
Diligente Medico UOS
Dott.ssa Giorgia Scaloni
C.F. SCLGRG73167E388T

ULTERIORI DICHIARAZIONI UO RICHIEDENTE

Con la presente il sottoscritto Nome: _____ Cognome: _____

Ruolo: _____

Dichiara:

- 1) che l'apparecchiatura in oggetto è stata sanificata / pulita e non contiene agenti infetti e infettivi
- 2) che l'apparecchiatura non contiene al momento dati sensibili
- 3) che l'apparecchiatura non contiene parti attivate o contaminazione radioattiva

Tutto ciò premesso si può procedere alle operazioni di disinstallazione.

Note: _____

Data _____

Firma: _____

PARTE RISERVATA ALLA UO ACQUISTI E LOGISTICA

Incaricato del procedimento _____

Modalità di smaltimento del bene _____

Data smaltimento bene _____

Il presente modulo si inoltra in data _____ al referente preposto alla tenuta dell'inventario, per l'annotazione della dismissione del cespite.

Data _____

Firma _____



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata

MODULO FUORI USO BENI ELETTROMEDICALI

DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE:

CDC:

Unità Operativa: Medicina Nucleare, Nominativo Referente: Dr.ssa Francesca Capoccecci

Motivazione: l'Apparecchiatura soddisfa il requisito previsto alla "Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - DICHIARAZIONE DI COERENZA DELL'INTERVENTO CON GLI OBIETTIVI SPECIFICI DELLA MISSIONE DELL'INTERVENTO" della scheda Agenas M6.C2 - 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)"

Data 13.12.2023

Firma:

DATI APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE:

Classe Tecnologica: PET/TC

Modello: BIOGRAPH mCT-S(40) 4R

Inventario: 3007689

Matricola: 1026654979

Costruttore: Siemens

Ubicazione: Medicina Nucleare

DATI IDENTIFICATIVI INGEGNERIA CLINICA / U.O. UFFICIO TECNICO:

Nominativo Referente: MARIA COSTANTINO

Si esprime parere: POSITIVO NEGATIVO

Note: Si conferma il soddisfacimento del requisito sopra richiamato di cui alla Scheda Agenas

Data 14/12/2023

Firma:

DATI IDENTIFICATIVI U.O. FISICA MEDICA:

(da compilarsi per apparecchiature di Diagnostica per Immagini, Interventistica e Terapia a radiazioni ionizzanti e non)

Nominativo Referente: Dr.ssa SARA FATORI

Si esprime parere: POSITIVO NEGATIVO

Note:

Data 13.12.2023

Firma:



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata

MODULO FUORI USO BENI ELETTROMEDICALI

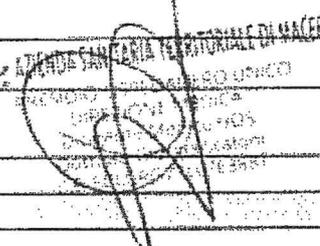
DATI IDENTIFICATIVI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO:

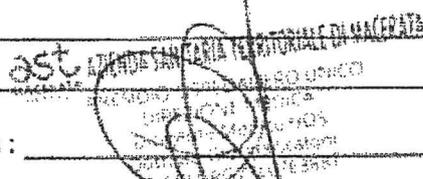
Nominativo: GIUSEPPE SCILIONI

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

Note per lo
smaltimento:

Data 13.12.2023

Firma: 



ULTERIORI DICHIARAZIONI UO RICHIEDENTE

Con la presente, la sottoscritta **Francesca Capoccecci**

Ruolo: **Direttore Medicina Nucleare AST-Macerata-Marche**

Dichiara che l'apparecchiatura sarà utilizzata ad uso clinico fino al **29.12.2023**.

Pertanto si chiede:

- 1) di organizzare il Servizio di Sanificazione e pulizia per agenti infetti e infettivi a far data dal **30.12.2023**
- 2) di provvedere alla cancellazione dei dati sensibili mediante il coinvolgimento del SIA e DPO aziendali.

Infine dichiara che l'apparecchiatura non contiene parti attivate o contaminazione radioattiva.

Tutto ciò premesso si può procedere alle operazioni di disinstallazione, eccetto che per il PC di acquisizione e elaborazione, al fine di portarlo integrare alla nuova apparecchiatura, a seguito della verifica di compatibilità.

Data **13.12.2023**

Firma: 

PARTE RISERVATA ALLA UO ACQUISTI E LOGISTICA



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

MODULO FUORI USO BENI ELETTROMEDICALI

Incaricato del procedimento _____

Modalità di smaltimento del bene _____

Data smaltimento bene _____

Il presente modulo si inoltra in data _____ al referente preposto alla tenuta dell'inventario, per l'annotazione della dismissione del cespite.

Data

Firma



PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

SCHEMA GRANDE APPARECCHIATURA 5

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

Sez. I - IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO	
Titolo*	Ammodernamento PET/TC
CUP*	F89I22000220007
Data apertura CUP*	24/02/2022
Descrizione apparecchiatura*	PET/TAC
Importo complessivo intervento - (Nota: l'importo complessivo intervento dovrà corrispondere all'importo generale di progetto del Quadro Economico)*	2403000
Presidio* - Inserire il codice NSIS e descrizione del presidio (utilizzare # come separatore; es. 120267#Ospedale Sandro Pertini)	11000302#STABILIMENTO DI MACERATA
Unità operativa di destinazione*	Diagnostica per immagini
Modalità attuative dell'intervento*	Acquisizione tramite procedura centralizzata Consip
Data attivazione (sono ammesse procedure avviate dopo la data del 01 Febbraio 2020)*	

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - TIPOLOGIA DI INTERVENTO	
Presidio*	11000302#STABILIMENTO DI MACERATA
Unità operativa*	Diagnostica per immagini
Tipologia*	PET/TAC
Marca*	SIEMENS MEDICAL SOLUTIONS USA INC
Modello*	BIOGRAPH MCT-S
Numero matricola*	21087
Anno di collaudo*	2014
Data di eventuale messa in fuori uso*	31/12/2024
Contratto di manutenzione attivo (Nota: Il contratto di manutenzione è da riferirsi all'apparecchiatura oggetto di sostituzione)*	SI
Data scadenza contratto manutenzione*	31/07/2023

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - DICHIARAZIONE DI COERENZA DELL'INTERVENTO CON GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PNRR	
<p>Il Soggetto richiedente dichiara sotto la propria responsabilità: di garantire che, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (EU) 241/2021, in conformità con quanto indicato dalla circolare del MEF n.33 del 31.12.2021, recante chiarimenti in merito a "Addizionalità, finanziamento complementare e obbligo di assenza del c.d. doppio finanziamento", in caso di progetti di investimento sostenuti da altri programmi e strumenti dell'Unione, il sostegno fornito nell'ambito del dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF) non copre lo stesso costo; che la realizzazione delle attività progettuali prevede di non arrecare un danno significativo agli obiettivi ambientali, ai sensi dell'articolo 17 del Regolamento (UE) 2020/852; che la realizzazione delle attività progettuali è coerente con i principi e gli obblighi specifici del PNRR relativamente al principio del "Do No Significant Harm" (DNSH) e, ove applicabili, ai principi del Tagging clima e digitale, della parità di genere (Gender Equality), della protezione e valorizzazione dei giovani e del superamento dei divari territoriali; che l'attuazione del progetto prevede il rispetto delle norme comunitarie e nazionali applicabili, ivi incluse quelle in materia di trasparenza, uguaglianza di genere e pari opportunità e tutela dei diversamente abili; che l'attuazione del progetto prevede il rispetto della normativa europea e nazionale applicabile, con particolare riferimento ai principi di parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità e pubblicità; che adotterà misure adeguate volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria secondo quanto disciplinato nel Regolamento finanziario (UE, Euratom) 2018/1046 e nell'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241, in particolare in materia di prevenzione dei conflitti di interessi, delle frodi, della corruzione e di recupero e restituzione dei fondi che sono stati indebitamente assegnati; di disporre delle competenze, risorse e qualifiche professionali, sia tecniche che amministrative, necessarie per portare a termine il progetto e assicurare il raggiungimento di eventuali milestone e target associati; di aver considerato e valutato tutte le condizioni che possono incidere sull'ottenimento e utilizzo del finanziamento a valere sulle risorse dell'investimento M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie) e di averne tenuto conto ai fini dell'elaborazione della proposta progettuale; di essere a conoscenza che</p>	Accetto



PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

L'Amministrazione centrale responsabile di intervento si riserva il diritto di procedere d'ufficio a verifiche, anche a campione, in ordine alla veridicità delle dichiarazioni rilasciate in sede di domanda di finanziamento e/o, comunque, nel corso della procedura, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente.

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - DICHIARAZIONE DI COERENZA DELL'INTERVENTO CON GLI OBIETTIVI SPECIFICI DELLA MISSIONE DELL'INTERVENTO

Il Soggetto richiedente dichiara sotto la propria responsabilità: Che l'intervento mira alla sostituzione di tecnologie obsolete o fuori uso (vetustà maggiore di 5 anni), concorrendo al raggiungimento del fabbisogno complessivo di nuove grandi apparecchiature sanitarie individuato in 3133 unità da acquistare, di cui 340 TAC a 128 strati, 190 RMN a 1,5 T, 81 acceleratori lineari, 937 sistemi radiologici fissi, 193 angiografi, 82 gamma camere, 53 gamma camere/TAC, 34 PET/TAC, 295 mammografi e 928 ecotomografi	Accetto
--	---------

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - INQUADRAMENTO PROGRAMMATICO

L'intervento è coerente con i Documenti di Programmazione Regionale e/o gli strumenti di pianificazione del singolo Soggetto richiedente?*	Si
Specificare in quali documenti è stato inserito	DGRM n. 162 del 21.02.2022 avente ad oggetto "Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C2: 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Definizione degli interventi dei sub-investimenti: 1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)" e 1.1.2 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)".
Chiarire come e in quali tempi si intenda implementare l'inserimento nei documenti di programmazione	
È necessario modificare e/o integrare i Documenti di Programmazione Regionale e/o gli strumenti di pianificazione del singolo Soggetto richiedente?*	No
Indicare quali ed in quali tempi si intenda eseguire l'integrazione	

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - ASPETTI GIURIDICO/AMMINISTRATIVI RELATIVI ALLA APPALTABILITÀ DELL'INTERVENTO

L'intervento ha ad oggetto beni già acquistati dopo il 1° febbraio 2020 dal Soggetto Richiedente?*	No
Presidio*	
Unità operativa*	
Tipologia*	
Marca*	
Modello*	
Numero matricola*	
Data acquisto*	
Atto attestante l'acquisto* (NOTA: Inserire il numero di delibera di spesa)	
Allegare la documentazione relativa alla delibera d'impegno di spesa	
Data collaudo	
Certificato di collaudo (NOTA: inserire gli estremi della documentazione)	
Allegare la documentazione relativa al certificato di collaudo	

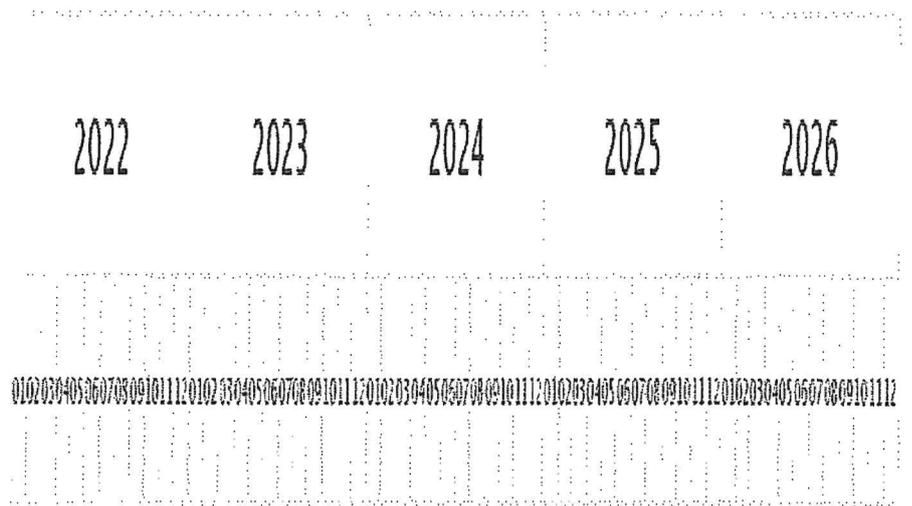


PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

Gantt interattivo

Cronoprogramma



Approvazione del contratto di sviluppo
istituzionale



Pubblicazione delle gare d'appalto e co...



Grande attrezzatura sanitaria operativa
(3100)





PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - QUADRO DEL FABBISOGNO DI SPESA DELL'AZIENDA

A) APPARECCHIATURE	1965200
A.1) Importo fornitura	1700000
A.2) Importo accessori opzionali	262200
A.3) Oneri sicurezza non soggetti a ribasso	0
A.4) Eventuale smontaggio e smaltimento apparecchiatura da sostituire	3000
B) LAVORI	0
B.1) Eventuali lavori propedeutici all'installazione (nell'eventualità non si disponga del dato compilare il campo a "0")	0
B.2) Oneri sicurezza non soggetti a ribasso	0
C) Somme C	5456
C.1) Imprevisti	0
C.2) Accantonamenti	0
C.2.a) Art.113, d.lgs. 50/2016 (incentivo funzioni tecniche interne esclusa la quota del 20% per beni strumentali)	5456
C.2.b) Spese per commissioni giudicatrici (IVA inclusa)	0
C.2.c) Spese per pubblicità e notifiche (ANAC)	0
D) IVA totale	432344
D.1.a) IVA su lavori e imprevisti	0
D.1.b) IVA su apparecchiature	432344
TOTALE GENERALE PROGETTO A+B+C (Inclusa IVA)	2403000

Il Soggetto richiedente con la presentazione della presente Scheda attesta la congruità degli importi	Accetto
---	---------

Sez. III - DATI ECONOMICI, FINANZIARI - FONTI DI FINANZIAMENTO DEL PROGETTO

IMPORTO COMPLESSIVO INVESTIMENTO - (Nota: l'importo sarà automaticamente visualizzato in base a quanto imputato nel QUADRO DEL FABBISOGNO DI SPESA DELL'AZIENDA)	2403000
FINANZIAMENTO PNRR	2403000
Ulteriori fonti di finanziamento?	No
Il Soggetto richiedente dichiara sotto la propria responsabilità che, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (EU) 241/2021, in conformità con quanto indicato dalla circolare del MEF n.33 del 31.12.2021, recante chiarimenti in merito a "Addizionalità, finanziamento complementare e obbligo di assenza del c.d. doppio finanziamento", il sostegno fornito nell'ambito del dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF) in aggiunta al sostegno fornito nell'ambito di altri programmi e strumenti dell'Unione non copre lo stesso costo.	
Indicare le fonti e i rispettivi importi delle eventuali fonti di finanziamento ulteriori rispetto al budget assegnato a valere sul PNRR/FC (Indicare la fonte e l'importo in euro separati da #):	



PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

Sez. III - DATI ECONOMICI, FINANZIARI - CRONOPROGRAMMA FINANZIARIO

L'acquisto è in corso?	No
Spesa prevista nell'anno 2020	
Spesa prevista nell'anno 2021	
Spesa prevista nell'anno 2022	0
Spesa prevista nell'anno 2023	0
Spesa prevista nell'anno 2024	2403000



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata

MODULO FUORI USO BENI ELETTROMEDICALI

DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE:

CDC:

Unità Operativa: Medicina Nucleare. Nominativo Referente: Dr.ssa Francesca Capoccecci

Motivazione: l'Apparecchiatura soddisfa il requisito previsto alla "Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - DICHIARAZIONE DI COERENZA DELL'INTERVENTO CON GLI OBIETTIVI SPECIFICI DELLA MISSIONE DELL'INTERVENTO" della scheda Agenas M6.C2 - 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)"

Data 13.12.2023

Firma:

DATI APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE:

Classe Tecnologica: Gamma-camera SPECT/TC

Modello: INFINIA2

Inventario: 3007684

Matricola: A5178021

Costruttore: GE

Ubicazione: Medicina Nucleare

DATI IDENTIFICATIVI INGEGNERIA CLINICA / U.O. UFFICIO TECNICO:

Nominativo Referente: MARIA COSTANTINO

Si esprime parere: POSITIVO NEGATIVO

Note: Si conferma il soddisfacimento dei requisiti sopra richiamati di cui alla scheda allegata

Data 14/12/2023

Firma:

DATI IDENTIFICATIVI U.O. FISICA MEDICA:

(da compilarsi per apparecchiature di Diagnostica per Immagini, Interventistica e Terapia a radiazioni Ionizzanti e non)

Nominativo Referente: D.ssa SARA FATTORI

Si esprime parere: POSITIVO NEGATIVO

Note:

Data 13.12.2023

Firma:



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata

MODULO FUORI USO BENI ELETTROMEDICALI

DATI IDENTIFICATIVI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO:

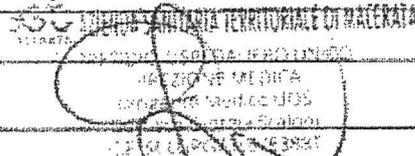
Nominativo: Ceforini Stefania

AUTORIZZA NON AUTORIZZA

Note per lo
smaltimento:

Data 13.12.2023

Firma:



ULTERIORI DICHIARAZIONI UO RICHIEDENTE

Con la presente la sottoscritta Francesca Capocetti

Ruolo: Direttore Medicina Nucleare AST-Macerata-Marche

Dichiara che l'apparecchiatura sarà utilizzata ad uso clinico fino al 29.12.2023.

Pertanto si chiede:

- 1) di organizzare il Servizio di sanificazione e pulizia per agenti infetti e infettivi a far data dal 30.12.2023.
- 2) di provvedere alla cancellazione dei dati sensibili mediante il coinvolgimento del SLA e DPO aziendali.

Infine dichiara che l'apparecchiatura non contiene parti attivate o contaminazione radioattiva.

Tutto ciò premesso si può procedere alle operazioni di disinstallazione.

Data 13.12.2023

Firma:

PARTE RISERVATA ALLA UO ACQUISTI E LOGISTICA



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche

**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

MODULO FUORI USO BENI ELETTROMEDICALI

Incaricato del procedimento _____

Modalità di smaltimento del bene _____

Data smaltimento bene _____

Il presente modulo si inoltra in data _____ al referente preposto alla tenuta dell'inventario, per l'annotazione della dismissione del cespite.

Data

Firma



PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

INFORMAZIONI GENERALI

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

NUMERO GRANDI APPARECCHIATURE

Quante apparecchiature si desidera proporre?*	1
NUMERO TOTALE DI PRESIDI INTERESSATI	1

NUMERO IMMOBILI

La presente scheda è predisposta su indicazioni della Direzione generale Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR del Ministero della Salute	
--	--

Sez. I - IDENTIFICAZIONE DELLA REGIONE E DELL'ENTE

Regione	MARCHE
Soggetto richiedente (l'Ente del sistema sanitario regionale)	ASUR - RUP: GIANNINI ZELINDA
Indirizzo (Civico, CAP, Località)*	VIA OBERDAN 2 - 60100 ANCONA (AN)
Telefono*	071/2911726 0733/2572665
Fax*	071/2911726 0733/2572665
e-mail*	zelinda.giannini@sanita.marche.it
Responsabile dell'intervento (il Responsabile Unico del Procedimento)*	Zelinda Giannini
Luogo*	ANCONA
data di compilazione*	24/02/2022

SCHEDA GRANDE APPARECCHIATURA 1

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)



PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

Sez. I - IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO	
Titolo*	AMMODERNAMENTO GAMMA CAMERE/TAC
CUP*	F89I22000280007
Data apertura CUP*	25/02/2022
Descrizione apparecchiatura*	GAMMA CAMERE/TAC
Importo complessivo intervento - (Nota: l'importo complessivo intervento dovrà corrispondere all'importo generale di progetto del Quadro Economico)*	793000
Presidio* - Inserire il codice NSIS e descrizione del presidio (utilizzare # come separatore; es. 120267#Ospedale Sandro Pertini)	11000302#STABILIMENTO DI MACERATA
Unità operativa di destinazione*	Medicina nucleare
Modalità attuative dell'intervento*	Acquisizione tramite procedura centralizzata Consip
Data attivazione (sono ammesse procedure avviate dopo la data del 01 Febbraio 2020)*	

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - TIPOLOGIA DI INTERVENTO	
Presidio*	AREA VASTA 3 - PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO - MACERATA
Unità operativa*	MEDICINA NUCLEARE
Tipologia*	GAMMA CAMERE/TAC
Marca*	GE MEDICAL SYSTEMS
Modello*	INFINIA
Numero matricola*	A5178021
Anno di collaudo*	2008
Data di eventuale messa in fuori uso*	31/07/2023
Contratto di manutenzione attivo (Nota: il contratto di manutenzione è da riferirsi all'apparecchiatura oggetto di sostituzione)*	SI
Data scadenza contratto manutenzione*	31/07/2023

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - DICHIARAZIONE DI COERENZA DELL'INTERVENTO CON GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PNRR	
<p>Il Soggetto richiedente dichiara sotto la propria responsabilità: di garantire che, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (EU) 241/2021, in conformità con quanto indicato dalla circolare del MEF n.33 del 31.12.2021, recante chiarimenti in merito a "Addizionalità, finanziamento complementare e obbligo di assenza del c.d. doppio finanziamento", in caso di progetti di investimento sostenuti da altri programmi e strumenti dell'Unione, il sostegno fornito nell'ambito del dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF) non copre lo stesso costo; che la realizzazione delle attività progettuali prevede di non arrecare un danno significativo agli obiettivi ambientali, ai sensi dell'articolo 17 del Regolamento (UE) 2020/852; che la realizzazione delle attività progettuali è coerente con i principi e gli obblighi specifici del PNRR relativamente al principio del "Do No Significant Harm" (DNSH) e, ove applicabili, ai principi del Tagging clima e digitale, della parità di genere (Gender Equality), della protezione e valorizzazione dei giovani e del superamento dei divari territoriali; che l'attuazione del progetto prevede il rispetto delle norme comunitarie e nazionali applicabili, ivi incluse quelle in materia di trasparenza, uguaglianza di genere e pari opportunità e tutela del diversamente abili; che l'attuazione del progetto prevede il rispetto della normativa europea e nazionale applicabile, con particolare riferimento ai principi di parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità e pubblicità; che adotterà misure adeguate volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria secondo quanto disciplinato nel Regolamento finanziario (UE, Euratom) 2018/1046 e nell'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241, in particolare in materia di prevenzione dei conflitti di interessi, delle frodi, della corruzione e di recupero e restituzione dei fondi che sono stati indebitamente assegnati; di disporre delle competenze, risorse e qualifiche professionali, sia tecniche che amministrative, necessarie per portare a termine il progetto e assicurare il raggiungimento di eventuali milestone e target associati; di aver considerato e valutato tutte le condizioni che possono incidere sull'ottenimento e utilizzo del finanziamento a valere sulle risorse dell'Investimento M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie) e di averne tenuto conto ai fini dell'elaborazione della proposta progettuale; di essere a conoscenza che l'Amministrazione centrale responsabile di intervento si riserva il diritto di procedere d'ufficio a verifiche, anche a campione, in ordine alla veridicità delle dichiarazioni rilasciate in sede di domanda di finanziamento e/o, comunque, nel corso della procedura, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente.</p>	Accetto



PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - DICHIARAZIONE DI COERENZA DELL'INTERVENTO CON GLI OBIETTIVI SPECIFICI DELLA MISSIONE DELL'INTERVENTO

<p>Il Soggetto richiedente dichiara sotto la propria responsabilità: Che l'intervento mira alla sostituzione di tecnologie obsolete o fuori uso (vetustà maggiore di 5 anni), concorrendo al raggiungimento del Fabbisogno complessivo di nuove grandi apparecchiature sanitarie individuato in 3133 unità da acquistare, di cui 340 TAC a 128 strati, 190 RMN a 1,5 T, 81 acceleratori lineari, 937 sistemi radiologici fissi, 193 angiografi, 82 gamma camere, 53 gamma camera/TAC, 34 PET/TAC, 295 mammografi e 928 ecotomografi</p>	<p>Accetto</p>
---	----------------

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - INQUADRAMENTO PROGRAMMATICO

L'intervento è coerente con i Documenti di Programmazione Regionale e/o gli strumenti di pianificazione del singolo Soggetto richiedente?*	Si
Specificare in quali documenti è stato inserito	DGRM n. 162 del 21.02.2022 avente ad oggetto "Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C2: 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Definizione degli interventi dei sub-investimenti: 1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)" e 1.1.2 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)".
Chiarire come e in quali tempi si intenda implementare l'inserimento nei documenti di programmazione	
È necessario modificare e/o integrare i Documenti di Programmazione Regionale e/o gli strumenti di pianificazione del singolo Soggetto richiedente?*	No
Indicare quali ed in quali tempi si intenda eseguire l'integrazione	

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - ASPETTI GIURIDICO/AMMINISTRATIVI RELATIVI ALLA APPALTABILITA' DELL'INTERVENTO

L'intervento ha ad oggetto beni già acquistati dopo il 1° febbraio 2020 dal Soggetto Richiedente?*	No
Presidio*	
Unità operativa*	
Tipologia*	
Marca*	
Modello*	
Numero matricola*	
Data acquisto*	
Atto attestante l'acquisto* (NOTA : Inserire il numero di delibera di spesa)	
Allegare la documentazione relativa alla delibera d'impegno di spesa	
Data collaudo	
Certificato di collaudo (NOTA: inserire gli estremi della documentazione)	
Allegare la documentazione relativa al certificato di collaudo	



PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.G2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

Gantt interattivo

Cronoprogramma

01/02/2022 03/04/2023 05/06/2023 07/08/2023 09/10/2023 11/12/2023 01/02/2024 03/04/2024 05/06/2024 07/08/2024 09/10/2024 11/12/2024 01/02/2025 03/04/2025 05/06/2025 07/08/2025 09/10/2025 11/12/2025 01/02/2026 03/04/2026 05/06/2026 07/08/2026 09/10/2026 11/12/2026

2022

2023

2024

2025

2026

Approvazione del contratto di sviluppo
istituzionale



Pubblicazione delle gare d'appalto e co...



Grande attrezzatura sanitaria operativa
(3100)





PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

Sez. II - DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO - QUADRO DEL FABBISOGNO DI SPESA DELL'AZIENDA

A) APPARECCHIATURE	648550
A.1) Importo fornitura	450000
A.2) Importo accessori opzionali	195550
A.3) Oneri sicurezza non soggetti a ribasso	0
A.4) Eventuale smontaggio e smaltimento apparecchiatura da sostituire	3000
B) LAVORI	0
B.1) Eventuali lavori propedeutici all'installazione (nell'eventualità non si disponga del dato compilare il campo a "0")	0
B.2) Oneri sicurezza non soggetti a ribasso	0
C) Somme C	1769
C.1) Imprevisti	0
C.2) Accantonamenti	
C.2.a) Art.113, d.lgs. 50/2016 (incentivo funzioni tecniche interne esclusa la quota del 20% per beni strumentali)	1/69
C.2.b) Spese per commissioni giudicatrici (IVA inclusa)	0
C.2.c) Spese per pubblicità e notifiche (ANAC)	0
D) IVA totale	142681
D.1.a) IVA su lavori e imprevisti	0
D.1.b) IVA su apparecchiature	142681
TOTALE GENERALE PROGETTO A+B+C (Inclusa IVA)	793000

Il Soggetto richiedente con la presentazione della presente Scheda attesta la congruità degli importi	Accetto
---	---------

Sez. III - DATI ECONOMICI, FINANZIARI - FONTI DI FINANZIAMENTO DEL PROGETTO

IMPORTO COMPLESSIVO INVESTIMENTO - (Nota: l'importo sarà automaticamente visualizzato in base a quanto imputato nel QUADRO DEL FABBISOGNO DI SPESA DELL'AZIENDA)	793000
FINANZIAMENTO PNRR	793000
Ulteriori fonti di finanziamento?	No
Il Soggetto richiedente dichiara sotto la propria responsabilità che, ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (EU) 241/2021, in conformità con quanto indicato dalla circolare del MEF n.33 del 31.12.2021, recante chiarimenti in merito a "Addizionalità, finanziamento complementare e obbligo di assenza del c.d. doppio finanziamento", il sostegno fornito nell'ambito del dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF) in aggiunta al sostegno fornito nell'ambito di altri programmi e strumenti dell'Unione non copre lo stesso costo.	
Indicare le fonti e i rispettivi importi delle eventuali fonti di finanziamento ulteriori rispetto al budget assegnato a valere sul PNRR/FC (indicare la fonte e l'importo in euro separati da #):	



PNRR – MISSIONE 6 SALUTE

M6.C2 – 1.1.2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature Sanitarie)

Sez. III - DATI ECONOMICI, FINANZIARI - CRONOPROGRAMMA FINANZIARIO

L'acquisto è in corso?	No
Spesa prevista nell'anno 2020	
Spesa prevista nell'anno 2021	
Spesa prevista nell'anno 2022	0
Spesa prevista nell'anno 2023	0
Spesa prevista nell'anno 2024	793000

RUP

Firmato da
Zelinda Giannini
ASUR - RUP: GIANNINI ZELINDA
il 25/02/22 12:23:14

Validatore

Firmato da
Filippo Masera
Regione MARCHE
il 28/02/22 19:17:31



U.O.C. MEDICINA NUCLEARE - CENTRO PET - CENTRO REGIONALE DI TERAPIA RADIOMETABOLICA – AST/MC
Servizio certificato ISO 9001:2015

Direttore Dott.ssa Francesca Capocchetti
email: francesca.capocchetti@sanita.marche.it
Sede: Via Santa Lucia 2 – 62100 Macerata
Tel: 0733 2572941

Alla cortese attenzione del
Dirigente Acquisti e Logistica AST-Mc
Dr.ssa Zelinda Giannini
Responsabile Unico Procedimento

OGGETTO: Integrazione a "Modulo fuori uso beni elettromedicali" grandi apparecchiature PET/TC e SPECT/TC (Medicina Nucleare), già inviati in data 14.12.2023 e integrati con mail del 03.01.2024

Come richiesto, ad integrazione dei Moduli di cui in oggetto, si conferma che le tecnologie di interesse – PET/TC e SPECT/TC sono rispondenti ai requisiti richiamati nelle rispettive schede Agenas, secondo i riferimenti precedentemente indicati, in termini di "obsolescenza per vetustà maggiore di 5 anni".

Ciò premesso si può procedere alle operazioni di fuori uso e dismissione delle stesse tecnologie, tenuto conto di quanto già richiesto negli stessi moduli (Vedi: "Ulteriori dichiarazioni UO richiedente").

Cordiali saluti

Macerata, li 25.01.2024

Il Direttore di Medicina Nucleare AST-Mc
Dr.ssa Francesca Capocchetti



Cert. N°208210/A/0001/UK/ITN

